2839

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

TRATAMIENTO

DE LAS

ESTRECHECES DEL CUELLO DEL ÚTERO

TRABAJO INAUGURAL PRESENTADO POR

R. CABRERA

PARA EL DOCTORADO

BUENOS AIRES

TIPOGRAFIA IVALDI & CHECCHI - 635 ARTES 635

1895

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

TRATAMIENTO

DE LAS

ESTRECHECES DEL CUELLO DEL ÚTERO

TRABAJO INAUGURAL PRESENTADO POR

R. CABRERA

PARA EL DOCTORADO

BUENOS AIRES

TIPOGRAFIA IVALDI & CHECCHI - 635 ARTES 635

1895

La Facultad no se hace solidaria de las opiniones vertidas en las tésis.

(Art. 162 del Reglamento de la Facultad).

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano

DOCTOR D. LEOPOLDO MONTES DE OCA.

Vice Decano

DOCTOR D. EUFEMIO UBALLES.

Académicos Honorarios

DOCTOR D. ERNESTO ABERG.
« « PABLO MARENGO.
« « EDUARDO WILDE.
« « MARTÍN SPUCH.
« « TELÉMACO SUSINI.

Académicos Titulares

DOCTOR D. LEOPOLDO MONTES DE OCA.
« « JOSÉ T. BACA.
« « RAFAEL HERRERA VEGAS.
« « PEDRO MALLO.
« « JOSÉ M. ASTIGUETA.
« « JACOB DE T. PINTO.
« « EUFEMIO UBALLES.
« « JUAN R. FERNÁNDEZ.
« « ENRIQUE E. DEL ARCA.
« « PEDRO N. ARATA.
« « MANUEL BLANCAS.
« « ROBERTO WERNICKE.
« « PEDRO LAGLEYZE.
« « JOSÉ PENNA.
« « LUIS GÜEMES

Secretario Titular

DOCTOR D. LUIS M. ACUÑA.

ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS TITULARES	
Anatomía descriptiva	*Doctor*	*Juan José Naon.*
Anatomía topográfica	»	*Juvencio Z. Arce.*
Histología (teórico práctica)	»	*Andrés F. Llobet.*
Fisiología general y humana	»	*José M. Astigueta.*
Higiene pública y privada	»	*Meliton G. del Solar.*
Patología general y ejercicios clínicos	»	*Roberto Wernicke.*
Materia médica y terapéutica	»	*Justiniano Ledesma.*
Patología externa	»	*Guillermo Udaondo.*
Patología interna	»	*José Penna.*
Anatomía patológica	»	*Telémaco Susini.*
Medicina operatoria	»	*Adalberto Ramaugé.*
Enfermedades de mujeres y clínica ginecológica.	»	*Jacob de T. Pinto.*
Enfermedades de niños y clínica pediátrica	»	*Manuel Blancas.*
Enfermedades de los ojos y clínica oftalmológica.	»	*Pedro Lagleyze.*
Enfermedades nerviosas y su clínica	»	*José M. Ramos Mejia.*
Enfermedades mentales y clínica respectiva	»	*Domingo Cabred.*
Clínica quirúrgica	*Dres.*	(*Julian Aguilar.* (*Antonio G. Gandolfo.*
Clínica médica	»	(*Eufemio Uballes.* (*Gregorio N. Chaves.*
Obstetricia y clínica respectiva	*Doctor*	*Samuel A. Molina.*
Medicina legal y toxicología	»	*Eduardo M. Perez.*
Quimica aplicada á la medicina	*Dres.*	(*Pedro N. Arata.* (*Atanasio Quiroga.*
Física médica	*Doctor*	*Jaime R. Costa.*
Zoología médica	»	*Eliseo Canton.*
Fisio-patología experimental	»	*Juan B. Señorans.*
Enfermedades venéreas y dermatología	»	*Baldomero Sommer.*
Laringología, otología, rinología	»	*Eduardo Ovejero.*
Farmacia-teórica	»	*Juan A. Boeri.*
Práctica farmacéutica	»	*J. Manuel Irizar.*
Obstetricia para alumnas parteras	»	*Juan R. Fernandez.*
Odontología	»	*Nicasio Etchepareborda.*

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS SUSTITUTOS	
Anatomía descriptiva	*Doctor*	*Juan D. Piñero.*
Anatomía topográfica	»	*Avelino Gutierrez.*
Histología (teórico práctica)	»	*Rodolfo de Gainza* (en ejerc.)
Fisiología general y humana	»	*Pedro J. Coronado.*
Higiene pública y privada	»	*Enrique Revilla.*
Patología general y ejercicios clínicos	»	*Gregorio Araoz Alfaro.*
Materia médica y terapeútica	*Dres.*	(*Enrique E. del Arca.* (*Angel Centeno.*
Patología externa	»	(*Obdulio Hernandez* (en ejerc.) (*Pascual Palma.*
Patología interna	*Doctor*	*Marcial V. Quiroga.*
Anatomía patológica	»	*Cárlos Malbrán.*
Medicina operatoria	»	*Diógenes Decoud.*
Enfermedades de mujeres y clínica ginecológica.	*Dres.*	(*Enrique Basterrica* (en ejerc.) (*Alfredo Lagarde.*
Enfermedades de niños y clínica pediátrica	»	(*Antonio F. Piñero.* (*Facundo Larguia.*
Enfermedades de los ojos y clínica oftalmólogica.	»	(*Francisco Barraza.* (*Teófilo A. Moret.*
Enfermedades nerviosa y su clínica	*Doctor*	*José A. Esteves.*
Clínica quirúrgica	*Dres.*	(*Juan B. Justo.* (*Alejandro Castro.*
Clínica médica	»	*Abel Ayerza,* *Julio Mendez.* *Francisco Sicardi* (en ejerc.)
Física médica	*Doctor*	*Juan J. Galeano* (interino.)
Obstetricia y clínica respectiva	»	*Luis F. Vila.*
Medicina legal y toxicología	»	*Francisco Veyga.*
Larincología, otología, rinología	»	*Wenceslao Tello.*
Enfermedades venéreas y dermatología.	»	*Maximiliano Aberastury.*
Obstetricia para alumnas parteras	»	*Enrique Pietranera,*

PADRINO DE TÉSIS

ACADÉMICO DR. ROBERTO WERNICKE

Á la memoria de mi querido padre.

Á mi madre y á mis hermanos.

Señor Presidente:

Señores Profesores:

Al presentaros la última prueba que el reglamento de la Facultad me exige, permitidme ante todo que por vuestra enseñanza, os manifieste mi más íntimo y profundo reconocimiento. Hubiera deseado con vehemencia poderos ofrecer un trabajo, si quiera de escaso valor; es culpa de mis fuerzas; espero que vuestra más amplia indulgencia se encargará de llenar los vacíos que en este, podréis encontrar.

El tema de mi tésis se refiere á las estrecheces del cuello del útero; los procederes operatorios que para el tratamiento de esa enfermedad existen, no pueden ser más numerosos; he tenido la oportunidad de observar la aplicación de algunos de ellos, sin que desgraciadamente se hayan obtenido resultados decisivos. El profesor

Pozzi ultimamente, en Febrero de 1893, ha indicado un nuevo método bajo la denominación de «ahuecamiento comisural del cuello.» Esta operación ha sido practicada primeramente entre nosotros, al mènos que yo sepa, por los doctores J. Tessi y P. Legrand; los resultados favorables obtenidos por ella como así mismo la extremada sencillez de su ejecución, han sido los dos motivos que me han impulsado á escojerla como tema de mi trabajo inaugural.

No he creído conveniente por razones fáciles de comprender, ceñirme exclusivamente á la indicación del método del Dr. Pozzi; seguiré pues el órden clásico; indicaré brevemente las causas y las lesiones anátomo-patológicas en primer lugar; los síntomas, el diagnóstico y pronóstico en seguida; insistiré especialmente sobre la terapéutica, colocando en fin, mis observaciones prácticas.

Aprovecho esta oportunidad con la más íntima satisfacción para manifestar mi respeto y gratitud, hácia el distinguido profesor, el Doctor Roberto Wernicke, quien como padrino de tésis en este momento me acompaña.

ETIOLOGIA

Las estadísticas demuestran claramente que la estenosis del cuello del útero no es una enfermedad rara; si consideramos los síntomas penosos que la acompañan, las consecuencias que casi fatalmente acarrea y las dificultades de su tratamiento hasta hace poco, comprenderemos la importancia que encierra su estudio.

Antes de mencionar las causas que la originan es necesario establecer una distinción prévia, entre las estrecheces propiamente dichas y las que algunos autores suelen designar bajo la rúbrica de «obstrucciones»; estas últimas que pueden ser ocasionadas por lesiones diversas, no son en realidad más que síntomas ó consecuencias accidentales de otras lesiones como por ejemplo cuerpos fibrosos, dislocaciones etc., que pueden indudablemente producir una sintomalogía análoga, pero que la importancia y el tratamiento de ellas las subordina naturalmente á la enfermedad principal.

La división de las estenosis del útero la hacen algunos autores en tres grupos: espasmódicas, inflamatorias y cicatriciales, división que ha sido establecida probablemente como se vé, por analogía con las estrecheces uretrales.

Las primeras de cuya existencia muchos dudan, serían debidas á espasmos del orificio interno especialmente; su mecanismo consistiría en un fenómeno reflejo; sus causas múltiples, pero generalmente producidas por transtornos psíquicos, inflamaciones del útero y de sus anexos etc. Si bien cuesta dudar cual lo hacen algunos, de la posibilidad de contracturas del orificio interno, que quizá explicarían los dolores intensísimos, que constantemente se repiten á cada menstruación en ciertas mujeres sin lesiones que los justifiquen; si bien no dudamos terminantemente de ellas, hay que convenir también que en la enfermedad que nos ocupa no tienen sino escasísima importancia.

En cuanto á las estrecheces inflamatorias y cicatriciales se las podría sin inconveniente alguno, refundir en un solo grupo, porque por más de que su etiología sea algo diversa, las primeras no adquieren importancia hasta tanto no se han convertido en las segundas.

Actualmente la mayoría de los ginecólogos presenta otra división que, si es cierto está muy léjos de ser perfecta, debemos aceptarla por encontrarse más conforme con la etiología y la anatomía patológica; es la de las estenosis del útero en dos clases: las congénitas y las adquiridas.

A las primeras se les denomina así porque se les considera como un vicio de conformación; si bien en algunas circunstancias se observan solas, la regla general es que coincidan en efecto, con alteraciones variables en la morfología del útero, alteraciones que tendremos ocasión de indicar al tratar de la anatomía patológica.

Las segundas pueden ser producidas por causas diversas; no indicaremos más que las principales. Coloquemos en primer término al parto; los desgarros del cuello como sabemos son frecuentes en él, pero no todos van forzosamente seguidos de estenosis; las rupturas únicas pueden indudablemente producirla, pero son con preferencia los desgarros múltiples aunque pequeños, los que originan una cicatríz sensiblemente circular, la que tiene una tendencia marcada á retraerse concentricamente y á producir entónces una estenosis cervical más ó ménos pronunciada.

Fuera del parto, mencionaremos en segundo rango á las ulceraciones extensas del cuello de cualquier naturaleza, entre otras por su frecuencia merecen apuntarse las consecutivas á las metritis crónicas y catarrales; el mecanismo de la estrechez que producen es exactamente el mismo que hemos anteriormente indicado.

Las cauterizaciones del cuello del útero que tan frecuentemente en las enfermedades más diversas se empleaban hace unos cuantos años, producían casi fatalmente estenosis y con tanta más seguridad cuanto que, se usaban para ello sustancias cuya acción se extendía mas allá de su sitio de aplicación; hoy son felizmente raros los casos de esta naturaleza.

Indicaremos por último algunas estrecheces que se observan por ejemplo, á causa del uso contínuo de un pesario, á un prolapso uterino etc.; en realidad se trata entónces, de una estenosis consecutiva á una forma especial de traumatismo.

ANATOMÍA PATOLÓGICA

Raras veces existe la oportunidad de estudiar las lesiones anatómicas, y se comprende que así sea, desde que se trata de una enfermedad que excepcionalmente termina por la muerte.

En las estrecheces congénitas lo que primero llama la atención al examinar exteriormente el útero, es la desproporción que suele existir entre el cuerpo y el cuello; el primero es pequeño relativamente al segundo; en estos casos generalmente no guardan entre ambos la dirección de ligera antecurvadura normal; como el cuello está relativamente fijo por la inserción vaginal, el cuerpo es el que casi siempre se desvía hácia delante ocasionando una anteflexión; otras veces ésta es la consecuencia de una detención en el desarrollo de la pared anterior del cuerpo. Las modificaciones del cuello son muy constantes; en unos casos su forma representa bastante bien un cono cuyo vértice corresponde al orificio externo; en otros, su configuración es sensiblemente normal; entre estos límites extremos caben indudablemente formas intermediarias.

A estas alteraciones se añaden muy á menudo la exageración de la consistencia del hocico de tenca como igualmente su hipertrofia.

Al examinar la mucosa uterina, esta presenta casi siempre las lesiones de la llamada metritis virginal. El mecanismo de su producción es el siguiente: la secreción fisiológica de las glándulas ó la sangre que proviene de la menstruación,

encuentran obstáculos muy serios para su eliminación, obstáculos que pueden llegar hasta producir su retención momentánea ó definitiva. Estos líquidos acumulados colocan al útero en condiciones especiales de predisposición; los microorganismos diversos que generalmente existen en el aparato genital de la mujer, pueden convertirse entónces, en causas determinantes de esta inflamación, la que abandonada á la curación espontánea tiene tendencia á empeorar y propagarse.

¿En qué sitio radican especialmente las estenosis del cuello del útero?

Es dificil contestar á esta pregunta, pues miéntras que algunos piensan que en las estrecheces congénitas es en el orificio interno, otros en cambio aseguran que es sobre todo inmediatamente por encima del externo donde se observan. De cualquier modo que sea, parece que en realidad es esta última opinión la más aceptable; no solo se notan estas estenosis inmediatamente por encima del orificio externo, sino que van acompañadas casi por regla general, de una diminución notable del lúmen de este último orificio; en estos casos, su forma está casi siempre alterada, es redondeado de la

misma manera que se le vé en las nulíparas y bastante trabajo suele dar aún á la simple inspección, el hallarlo.

En cuanto á las estenosis adquiridas el acuerdo es unánime; asientan en la inmensa mayoría de los casos en el orificio externo.

SÍNTOMAS

Si bien son dos los síntomas fundamentales que permiten casi con seguridad afirmar la existencia de esta enfermedad, su historia clínica puede, no obstante, ser rica en sorpresas.

En una de las enfermas, por ejemplo, cuya historia hemos prolijamente levantado, las alteraciones digestivas predominaban, al extremo de que atribuía escasa importancia á sus transtornos menstruales. Aquellas se manifestaban bajo la forma de anorexia, náuseas, vómitos y dolores á veces intensos en la región epigástrica, especialmente despues de las comidas, imitando bastante bien como se vé, un padecimiento del estómago; estos ataques presentaban alternativas de agravación y mejoría, coincidiendo la primera casi precisamente con el mo-

mento de las reglas, las que también eran dolorosas.

La enferma después de la operación curó definitivamente de estos accidentes tan singularmente penosos. Estos síntomas se explican muy bien, por las relaciones nerviosas que entre esos órganos existen.

Otras veces las que padecen estenosis uterinas llaman la atencion por su escaso desarrollo, su aspecto pálido y el retardo de su menstruación; estos síntomas que á menudo son capaces de simular una clorosis, dependen, como muchos autores lo piensan, de la hipoplasia del útero y de sus anexos más bien que de una estenosis concomitante.

En una tercera categoría de hechos la dismenorrea es insignificante y los síntomas de una metritis virginal que se ha ido paulatinamente acentuando son los primeros en manifestarse. Si tenemos en cuenta por un lado la multiplicidad de los síntomas de una metritis y por otro, el hecho de que raras veces todos se presentan, es preciso convenir en que las precauciones que se tengan, son pocas en ciertos casos, para evitar lamentables errores de diagnóstico, si se descuida la exploración física

local del útero. Estos hechos pueden tener, como bien se comprende, gran importancia no solo en la enfermedad de que nos ocupamos, sino también en todas aquellas, cuyo estudio corresponde á la Ginecología.

Hemos dicho anteriormente que dos son los síntomas que autorizan á preveer de que se trate de una estenosis uterina, estos son: la dismenorrea y la esterilidad; algunos añaden un tercero, muy inconstante y secundario sin duda es: la alteración en el ejercicio de las relaciones sexuales.

La dismenorrea cuya significación es menstruación difícil, es la perturbacion más constante en las estrecheces del útero; por esta razón es que algunos autores, han erróneamente englobado á esta enfermedad, en el capítulo de la dismenorrea mecánica; este error es tanto más marcado, cuanto que la dismenorrea no es mas que un síntoma y que en ciertos casos aunque raros, en verdad, puede faltar.

La dismenorrea se traduce generalmente por dolores localizados en las regiones ováricas é hipogástricas y con irradiaciones lumbares y sacras más ó ménos acentuadas, no siendo raro el que coincidan con neuralgias diversas; sopor-

tables en algunas mujeres en otras en cambio, talvez por predisposición y sin estar en relación con el grado de estrechez, originan serios accidentes, como ataques de histeria, convulsiones, síncopes etc. Su duración no es por lo general más que de unos días; cuando los dolores persisten en los intérvalos de las reglas, disminuidos en intensidad y con lijeras remisiones, están mantenidos casi siempre por inflamaciones del útero ó de sus anexos.

El mecanismo de los sufrimientos en la dismenorrea, depende de las contracciones uterinas en su mayor parte y de la consiguiente compresion nerviosa; se trata pues de verdaderos cólicos; su intensidad aunque no siempre, está en relación directa con el grado de estenosis.

El segundo síntoma de transcendencia, es la esterilidad. Simpson en 1862 sostenía que ella era la consecuencia siempre de estrechez uterina. Si bien haya quizá mucho de exageración en ello, no es posible tampoco dejar de desconocer la importancia de los cuadros estadísticos señalados por M. Sims y otros; ellos demuestran claramente que, la enfermedad de que nos ocupamos, figura en primera línea como causa pro-

ductora de aquella. En esto, hoy el acuerdo es general.

¿De que manera las estrecheces del útero conducen á la esterilidad?

Si conociéramos con exactitud la manera como se verifica la fecundación normal, el problema quedaría resuelto; desgraciadamente no es así, su explicación tiene pues, por fuerza que ser hipotética. Para unos no es más que el obstáculo mecánico que impide el paso de los espermatozoides; para otros es la metritis virginal concomitante: la acidéz de la secreción patológica del útero sería en este caso la causa inmediata. Hoy día la mayoría de los autores, se inclinan á adoptar la teoría del Dr. Pozzi, la que parece estar más conforme con la realidad de los hechos; sin embargo, tengamos presente que generalmente intervienen múltiples factores cuya separación es con frecuencia imposible.

DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO

No trataremos de establecer la diferencia que existe entre la dismenorrea y la esterilidad consecutivas á las estrecheces del cuello y las pro-

ducidas por otras enfermedades, por cuanto suele ser muchas veces inútil é imposible; solo si es indispensable tener en cuenta que la existencia de aquellos síntomas, debe obligar á un exámen físico local prolijo con el cual con bastante facilidad se llega al diagnóstico.

Cuando se inspecciona siguiendo las reglas indispensables con el espéculum el hocico de tenca, á más de las alteraciones morfológicas que puede presentar y que hemos brevemente bosquejado al ocuparnos de la anatomía patológica, el orificio externo estenosado es redondeado, puntiforme y difícil de descubrir á veces, por encontrarse con frecuencia oculto tras una gota de moco.

El cateterismo uterino, hecho con las precauciones debidas, acaba de confirmar el diagnóstico por la imposibilidad ó las dificultades para verificarlo.

Cuando la estenosis se localiza en el orificio interno es por medio de la sonda que se diagnosticará, la que á veces suele exigir para su introducción, ora el debridamiento ó ya la dilatación del orificio externo.

Es claro que no basta que el cateter no pueda penetrar para afirmar la existencia de una

estenosis del orificio interno ó del espacio comprendido entre este y el externo, por cuanto un pliegue de la mucosa ó una dislocación uterina, pueden igualmente impedirlo; estos inconvenientes se subsanarán imprimiendo á la sonda, movimientos y torciones suaves y completando el diagnóstico con la palpación bimanual y el tacto rectal á veces.

El pronóstico de esta enfermedad es casi siempre benigno, puesto que la curación por medio del tratamiento, es la regla. Después del parto, suelen observarse casos que terminan favorablemente, pero hay que contar muy poco con este factor desde que precisamente uno de sus caracteres es el de impedir formalmente el embarazo. Si se le abandona á los esfuerzos de la curacion espontánea puede acarrear graves accidentes; la metritis virginal que la acompaña adquiere tendencia á propagarse, trayendo en pos de sí inflamaciones rebeldes de los anexos del útero y de consecuencias á veces funestas.

TRATAMIENTO

Al mencionar ligeramente los diversos procedimientos operatorios que existen para el tratamiento de esta enfermedad, no nos ocuparemos de los casos especiales en que las estrecheces del útero coinciden con otras lesiones como ser ulceraciones, hipertrofia del hocico de tenca, etc. y que como bien se comprende, exigen modificaciones del método general ó el practicar á veces una doble operación.

Makintoch en 1826, fué el primero que preconizó el tratamiento de las estenosis del útero, por medio del cateterismo; para ello empleaba sondas rectas, de varios calibres y con preferencia metálicas. Su técnica consistía, como en las estrecheces de la uretra, en una dilatación lenta y gradual. Por más que algunos sostuvieron con fervor al principio su importancia, su fracaso no se hizo esperar por dos razones: la primera porque la experiencia se encargó de demostrar bien pronto su inutilidad, y la segunda

porque el cateterismo en aquellos tiempos encerraba serios peligros.

Más tarde se cambió el sondaje, por la dilatación, por medio de la esponja preparada ó de la laminaria etc.; la imposibilidad de curar definitivamente ningún caso de estrechez, hicieron desaparecer igualmente este procedimiento.

La dilatación inmediata progresiva por medio, por ejemplo, del empleo de las bujías de Hegar, no es jamás de una manera directa un proceder curativo; es indudable que combate la dismenorrea y que favorece á veces la fecundación, pero para ello es indispensable su empleo repetido, en cuyo caso los inconvenientes que entraña á nadie se ocultan.

La divulsión ó dilatación inmediata forzada por medio de los aparatos de Schutze, Sims, Ellinger, etc., es un método, si cabe, más defectuoso y de más frecuentes complicaciones que los anteriores; los desgarros del cuello que ha producido en muchas ocasiones, no han hecho sino aumentar la estenosis.

Entre estos procedimientos calificados relativamente de simples, se puede colocar también la electrolisis, preconizada primeramente por Fry Los resultados que se obtienen con este método,

no son favorables desgraciadamente más que al principio; la estrechez fatalmente recidiva y con agravación en muchas circunstancias.

Veamos ahora los métodos sangrientos.

El primero de estos fué el indicado por Simpson en 1843; su operación consiste en la sección bilateral del cuello hasta cerca de las inserciones vaginales; esta se hace con un instrumento llamado por su autor histerótomo ó metrótomo; no es más que una lámina cortante, más ancha en su base y oculta, la que se desliza para seccionar cuando se ejerce presión en el mango. Para emplear este histerótomo, después de haber tomado las precauciones antisépticas indispensables, se le introduce en la cavidad del cuello hasta el nivel superior del orificio interno y se verifica la sección, primero de un lado, en seguida del otro, teniendo cuidado de ir retirando gradualmente el instrumento, de manera que resulte una incisión casi superficial arriba, y más y más profunda á medida que se llega al orificio externo. Es indispensable para que se obtengan resultados favorables segun su autor, el que se interponga por cierto tiempo entre las superficies cruentas, un fragmento de gaza antiséptica. Cuando la operación se ha llevado

á cabo como es debido, el orificio circular del cuello queda transformado en uno transversal; el cuello de una nulípara se cambía pues, segun Simpson, en uno de multípara.

Este proceder de Simpson ha sido el punto de partida de una série no interrumpida de modificaciones operatorias; en vista de las dificultades que había con ese método, para seccionar un lado del cuello estando dividido ya el otro, por no haber un punto suficiente de apoyo, se sustituyó el histerótomo simple por uno de lámina doble, el que permitía hacer la sección bilateral á un mismo tiempo. Otros autores, entre ellos M. Sims, en vista de los peligros que implica el empleo de un instrumento que corta tan á ciegas como el metrótomo, lo sostituyeron por el empleo de tijeras, tales como las de Hart, Küchenmeister, etc., ó bien por bisturis abotonados. En fin, otros le han dado más importarcia al comportamiento ulterior de la operación, y en vista de esto han aconsejado que después de la incisión, se mantengan separados sus dos labios, ya por pesarios, ya por clavijas de vidrio ó bien por la dilatación inmediata progresiva, durante varios días, por medio de las bugías de Hegar etc.

Nos quedarían aun por mencionar otros procedimientos, que no son en general más que modificaciones de la técnica de Simpson; no lo haremos por cuanto están ya suficientemente juzgados.

Todos los métodos anteriores presentan sus inconvenientes en mayor ó menor escala; apartándonos de lo defectuoso de la operación en muchos de ellos, sus resultados son con muy corta diferencia ilusorios, por cuanto la estenosis recidiva constantemente, apesar de las grandes precauciones que se tengan para evitarla.

Se ha dicho que la incisión bilateral, no tiene ninguna tendencia á producir una cicatríz que reproduzca la estenosis, por cuanto se trata de incisiones no más que lineares. En apoyo de esto se señalan las esperiencias de Reybard.

Este autor ha demostrado que una incisión longitudinal en un conducto dá orígen á una cicatriz linear, la que se retrae sobre sí misma, pero sin disminuir el diámetro de aquel; mientras que si se trata de incisiones circulares, ellas originan por el contrario un tejido fibroso, cuya tendencia es la de retraerse concéntricamente y por consecuencia disminuir el calibre y el lúmen del canal.

Cualquiera que sea la interpretación que á esta esperiencia se dé, lo cierto es que la práctica y las estadísticas prolijas demuestran, de la misma manera que en la estrecheces de la uretra después de la uretrotomia, la recidiva constante de las estenosis uterinas después de aquellos procedimientos.

Hay que añadir también otros inconvenientes que suelen traer aparejados, aquellas operaciones; el más frecuente de ellos es el ectropion de la mucosa, que es muy á propósito para sostener y agravar la metritis virginal y á más podríamos indicar las inflamaciones graves de los anexos del útero, que han sido su consecuencia en muchas ocasiones.

Desde hacen unos cuantos años, todos los autores están de acuerdo en que para obtener resultados favorables, en las operaciones de las estrecheces del cuello del útero, es indispensable que el canal quede exactamente cubierto por la mucosa como así mismo con su forma transversal y sus dimensiones convenientes; es la única manera de poder impedir las recidivas, que con tanta frecuencia con los métodos más arriba indicados se verificaban.

En conformidad con esto, el profesor Pozzi

indicó su nuevo método, bajo la denominación de «estomatoplastía por ahuecamiento comisural»; la estadística presentada por este autor como los casos que hemos visto operar y seguido observando cuidadosamente, no pueden ser mas halagüeños, no solo respecto á la estrechez sino también bajo el doble punto de vista de la dismenorrea y de la esterilidad.

¿Es aplicable esta operación, tanto para las estenosis del orificio externo como para las del interno?

Si bien ella se dirije especialmente á las estrecheces del orificio externo, los resultados que se obtienen también respecto á las del segundo, son igualmente halagadores, sin que se pueda saber rigurosamente bien, por qué.

He ahí la técnica detallada de la operación del profesor Pozzi, tal cual la hemos visto llevar á cabo en las enfermas, cuya historia colocamos al fin.

Determinada la estenosis y la posición del útero por un exámen atento, se observa el estado del hocico de tenca; la presencia en él de ulceraciones estensas, de una hipertrofia etc., pueden ser motivos suficientes para cambiar el proceder operatorio; la amputación bicónica, la

escisión de la mucosa, la traquelorrafia etc., podrán encontrar aquí su aplicación, teniendo solo en cuenta para que estas operaciones puedan dar resultados respecto á la estrechez, las condiciones necesarias que para ello hemos ya más arriba indicado.

La existencia de lesiones inflamatorias agudas de los anexos ó periuterinas, es una razón más que suficiente para retardar la operación; si bien que algunos no las consideran como contraindicaciones formales, es altamente oportuno el no intervenir en esas circunstancias; son varios ya los casos referidos en que después de operaciones en esas condiciones, se han producido complicaciones ó agravaciones con frecuencia mortales.

Es indudable que el momento más á propósito para la operación es después que la menstruación se ha verificado, siete ú ocho días por ejemplo; de esta manera la curación viene á efectuarse en el intérvalo de las reglas, alejando así los inconvenientes que el derrame transitorio de sangre acarrea.

En la preparación de la enferma, que se hará con unos dias de antemano, es necesario redoblar las precauciones antisépticas

por cuanto es de rigor obtener una reunión primitiva, de otra manera la operación casi con seguridad á más de los peligros que podría implicar resultaría con probabilidades un fracaso.

Como es de práctica en la clínica del Dr. Tessi, se dá principio á la preparacion de la enferma por lavajes vulvares y vaginales con soluciones tibias de bicloruro de mercurio al 1 por 2000, dejando después de ellos en la vagina un pequeño tapón de gasa hervida, los que como aquellos se renovarán diariamente.

Es de mucha importancia no solo por lo que respecta á la antisepsia, sino por facilitar grandemente la operación, el dilatar la cavidad uterina; para ello se emplearán tallitos de laminaria rigurosamente asépticos; habrá que conformarse al principio con la introducción de fragmentos muy delgados, los que al retirarlos al cabo de doce ó veinte horas, permitirán la limpieza de la cavidad del útero, por medio de la sonda de Piscasset ó de Bozeman Fritz, con soluciones de bicloruro al 1 por 4000. La dilatación se continuará con tallos de laminaria de mayor diámetro ó con las bugías de Hegar, hasta que se juzgase conveniente.

Es ventajosa la costumbre tanto de hacer la

antisepsia intestinal por medio del naftol, salol, salicilato de bismuto etc., cuanto el administrar un purgante á la enferma la víspera de la intervención.

Para llevar á cabo ésta, se coloca la enferma en posición dorso sacra, sujetando sus piernas con el aparato de Clover. Antes de la anestesía clorofórmica nos ha parecido de verdadera importancia la costumbre de practicar la anestesía local de las fosas nasales, con una solucion de clorhidrato de cocaina al 5 por 100, por medio de un pedacito de algodón ó de un pulverizador, no solo por evitar reflejos peligrosos, cuánto por la rapidéz con que se produce el sueño clorofórmico.

La antisepsia en el momento de la operación es sencilla, si se ha ejecutado con prolijidad la preparación de la enferma; lavajes de la vagina y de la vulva simples primero y con bicloruro de mercurio al 1 por 2000 después; limpieza de la cavidad uterina con soluciones más débiles, con la sonda de Bozeman Fritz.

Terminada la antisepsia y la anestesía y estando la mujer en posición conveniente, se colocan dos valvas de Simon, la una anterior

y la otra posterior; el operador con dos pinzas de Museux, fija los dos labios del cuello y hace descender el útero suavemente, lo más abajo posible; se hace una dilatación inmediata progresiva por medio de las bugías de Hegar y se procede entónces á un raspado uterino, el que resulta relativamente fácil, por cuanto se ha tenido la precaución anticipada de dilatar la cavidad del útero. Como es de regla, después de hecho aquel, con la sonda de Bozeman Fritz se lava el interior del útero con una solución al 1 por 4000 de bicloruro de mercurio hasta que la solución salga clara; se reemplaza aquella por la jeringa de Braun con la solución cáustica creosotada de Doléris (alcohol, glicerina y creosota, partes iguales), terminando el raspado con un amplio lavado uterino con la solución tíbia de bicloruro al 1 por 4000.

El raspado del útero como preliminar de la operación del Dr. Pozzi, es casi de absoluta y rigurosa necesidad; es el mejor tratamiento que se puede oponer á la metritis virginal, la que excepcionalmente llega á faltar en la enfermedad de que nos ocupamos.

Una vez terminado el raspado, se reemplaza

la valva anterior por dos separadores vaginales colocados lateralmente, los que permiten más facilidad para operar; con las tijeras de Küchenmeister, se hace la incisión bilateral del cuello hasta cerca de las inserciones vaginales, quedando entónces el cuello del útero dividido en dos lábios tomados por las pinzas de Museux, uno anterior y el otro posterior. Miéntras que uno de los ayudantes levanta el labio anterior, el operador armado de pinzas de disección delgadas y de un bisturí pequeño, diseca en cada extremidad de este labio y al nivel de la superficie de sección, un colgajito de tejido uterino, sin comprender las mucosas cervical ni vaginal, que tenga el espesor de cinco ó seis milímetros y la forma de una pirámide triangular; la base de ésta pirámide es interna, una de sus caras corresponde á la superficie externa, por consiguiente, su parte más delgada es la más profunda. Igual operación se practica en cada una de las extremidades del labio posterior.

Concluído esto, no queda ya más que la sutura; esta se efectúa con una aguja chica de Hagedorn, sostenida por el porta agujas de Pozzi; de preferencia se empleará la seda; tres

ó cuatro puntos de sutura para cada extremidad bastan; lo que es de rigor es el confronte exacto de la mucosa cervical con la vaginal.

Terminada la operación, se limpiará ampliamente el campo operatorio con una solución tibia de bicloruro; la cavidad del cuello y la vagina se taponarán con gasa iodoformada, como igualmente se interpondrán pedazos de la misma al nivel de la superficie cruenta.

Los cuidados ulteriores no pueden ser más simples, van comprendidos en las observaciones siguientes.

OBSERVACION I.

María B. argentina, soltera, 25 años.

Antecedentes personales—á los 10 años tuvo sarampion—á los 14 reumatismo sin complicaciones ulteriores—á los 18, vaginitis blenorrágica por tres veces consecutivas; la primera le desapareció á los cinco meses con un tratamiento relativamente sencillo; la segunda que la adquirió á los 19 años terminó proximamente á los catorce meses; en cuanto á la tercera adquirida á los 22 años, persistió hasta

poco después de la operación, aunque muy disminuída en intensidad y localizada especialmente á los fondos de saco vaginales.

La enferma tuvo su primera menstruación á los 14 años, durante dos días y con regulares dolores; se le suspendió luego por dos meses, para presentársele después con regularidad, pero con dolores intensos localizados en las regiones ováricas y lumbares, acompañados de gastralgias rebeldes, las que persistían varios días después de las reglas.

Esta dismenorrea soportable al principio, fué paulatinamente agravándose después de cada blenorragia, hasta el punto de que cuando entró al Hospital en Noviembre de 1894, exijía á todo trance cualquier intervención con tal de hacerlos desaparecer.

Exámen de la enferma—al tacto—vagina húmeda y caliente, cuello chico cónico y de consistencia firme, con un orificio pequeño en su vértice; el labio anterior más grande y saliente que el posterior.

Exploración bimanual—Fondos de saco libres; útero movible y en ligera retroflexión.

Inspección con el espéculum—Comprobación de los signos suministrados por el tacto; orifi-

cio externo, redondeado, chico y cubierto por un líquido muco purulento.

Cateterismo—El histerómetro penetró cinco centímetros con mucha paciencia y bastante dificultad.

Tacto rectal—Sin importancia.

A los diez y seis días de su entrada al Hospital se interviene practicando la operacion indicada por el profesor Pozzi, precedida de un raspado del útero. Después de ella la enferma siguió como á continuación se indica:

Día I. Vómitos clorofórmicos que desaparecieron al día siguiente por la mañana. P. 84—R. 18—T. 37.4—Se sonda á la enferma—Orina 1000 g.

II. Pulso, temperatura y respiracion, normales—Se sonda nuevamente—O. 1300 g.

III. Id id id—Micción normal—O. 1660 g.

IV. Se le hace la primera curación—Inyeccion vaginal y uterina con solución de bicloruro y nuevo taponamiento con gaza iodoformada—P. 72—R. 16—T. 37,2—O. 1400 g.

V. P. 74—R. 18—T. 37,3—O. 1450 g.

VI. P. 72—R. 16—T. 37,1—O. 1600 g.

VII. Se retiran los puntos de sutura quedando bien unidas las dos mucosas y el cuello

con la nueva forma de pico de pato— Pulso, respiración y temperatura normales— O. 1700 g.

XII. La enferma tiene su primera menstruación sin experimentar dolores. Al vigésimo segundo día sale de alta perfectamente curada y habiendo desaparecido por completo los transtornos reflejos que acompañaban su enfermedad. Sus menstruaciones sucesivas se han efectuado sin ningún inconveniente; el orificio uterino ha quedado, como inmediatamente después de la operación, bastante dilatado.

II.

Margarita J. de N. argentina—26 años—casada.

Antecedentes personales—A los ocho años tuvo sarampión y fiebre tifoidea á los 21— Menstruó por primera vez á los 15 años por dos días y con fuertes dolores localizados en las regiones ováricas, sacra y lumbares y con irradiaciones á los muslos. A estos dolores que se agravaban á cada menstruación se añadieron poco después gastralgías acompañadas de vó-

mitos y ataques de histeria que coincidían regularmente con el principio de la menstruación—Se casó á los 18 años sin tener jamás familia—Entró al Hospital el 23 de Noviembre de 1894, quejándose más de su padecimiento al estómago como ella decía, que de sus perturbaciones en la menstruación y de su esterilidad.

Exámen de la enferma—al tacto—Vagina normal, cuello consistente, cónico y con el orificio externo pequeño y redondeado.

Exploracion bimanual—Fondos de saco libres; útero movible.

Inspección con el espéculum—Cuello cónico, orificio redondeado, pequeño y oculto tras una gota de moco.

Cateterismo—El histerómetro penetró con dificultad cuatro y medio centímetros.

A los trece días de su entrada al Hospital, se le practican el raspado del útero y el ahuecamiento comisural del cuello, marchando la enferma como sigue:

Día I. Dolores en las fosas ilíacas y en la región hipogástriga—T. 38—R. 20 P. 76—Se extrae la orina con la sonda—Cantidad 950 g.

II. Los dolores persisten aunque bastante

disminuídos en intensidad—T. 37,6—R. 18—P. 73—Se continua con el cateterismo vesical—O. 1250 g.

III. Los dolores han desaparecido—T. 37,2—R. 17—P. 68—Micción normal—O. 1400 g.

IV. Se le hace la primera curacion—Pulso, respiracion y temperatura normales—O. 1500 g.

VII. Se sacan los puntos de sutura quedando bien unidas las dos mucosas como igualmente bastante dilatado el cuello.

Los días sucesivos transcurrieron sin novedad; el vigésimo tercero, sale de alta habiendo tenido su menstruación normal, aunque sus transtornos digestivos no completamente curados.

Hemos podído seguir la observación de esta enferma hasta el presente; sus menstruaciones continuan siendo normales; sus síntomas reflejos desaparecieron enteramente á los cincuenta días de operarla para no presentarse ya más.

Poco tiempo después de la intervención esta enferma se hizo por primera vez embarazada, abortando á los cinco meses á causa probablemente de un traumatismo que sufrió. Como se vé pues los resultados en este caso no han podido ser más completos. (1)

---

(1) Estas dos primeras historias fueron levantadas por mi querido amigo A. Chiocconi á quien profundamente agradezco.

III.

Maria S. de G.—25 años—viuda.

Antecedentes personales.—No recuerda haber padecido enfermedad alguna—Menstruó por primera vez á la 16 años por dos días y con bastantes dolores localizados especialmente en las regiones ováricas y lumbares. Posteriormente la menstruación hasta poco después de operarla ha sido muy irregular suspendiéndosele algunas veces por más de dos meses, siempre con fuertes dolores y yendo á menudo acompañados de ataques intensos de angina catarral.—Se casó á los 22 años, sin tener familia.—Entró al Hospital en Enero de 1895.

Exámen de la enferma—al tacto—Vagina húmeda y caliente, cuello tapiroide con orificio externo pequeño y redondeado.

Exploracion bimanual.—Fondos de saco libres; útero en ligera anteflexión.

Inspección con el espéculum—Orificio externo redondeado como en las nulíparas y cubierto por un líquido espeso muco purulento.

Cateterismo.—El histerómetro con mucha paciencia é imprimiéndole direcciones distintas penetró tres centímetros.

La enferma es operada á los 16 dias de su entrada de la misma manera que en los casos anteriores, marchando después de la intervención como sigue:

Día I. Vómitos que desaparecen á las siete horas.—P. 62—R. 15—T. 36, 8.—Se sonda á la enferma.—Cantidad de orina 1000 g.

II. P. 74—R. 18—T. 37,4.—Micción normal —O. 1200 g.

III. Se le hace la primera curación, dejando por segunda vez gasa iodoformada en la cavidad del cuello como así mismo entre los labios de la herida y la vagina.—P. 72—R. 16 —T. 37.3—O. 1450.

IV. P. 68—R. 16—T. 37,4.—Cantidad de orina 1600 g.

V. Nueva curación; pulso, respiración y temperatura normales—O 1500 g.

VI. Se retiran los puntos de sutura continuando la enferma muy bien.—El vigésimo segundo día sale de alta después de haber tenido su menstruación por dos dias sin ningun inconveniente.—El cateterismo uterino es ahora muy fácil de practicar penetrando el histerómetro seis centímetros.

IV.

Juana S.—argentina—18 años—soltera.

Antecedentes hereditarios—La madre murió de tuberculosis pulmonar hacen siete años; tiene tres hermanos uno de ellos en un grado avanzado de la misma enfermedad.

Antecedentes personales—A los seis años tuvo escarlatina y á los trece influenza cuya convalecencia fué larga—Menstruó por primera vez á los diez y seis años con dolores intensos localizados en las regiones ováricas y lumbares—Siguió en estas condiciones por espacio de cinco meses; á partir de esta fecha las menstruaciones se hicieron irregulares con dolores igualmente intensos pero mas generalizados. Entró al hospital en Febrero de 1895.

Estado actual—al tacto—cuello grande, cónico, consistente y con orificio externo algo difícil de palpar.

Exploración bimanual.—Fondos de saco vaginales libres; útero movible; sensibilidad algo aumentada.

Inspección con el espéculum.—Cuello cónico,

orificio externo redondeado, puntiforme y oculto tras una gota de moco transparente.

Cateterismo.—La sonda penetró con dificultad cinco centímetros.

A los 18 dias de su entrada al hospital se interviene como en los casos anteriores, siguiendo despues la enferma como á continuación se indica:

Día I. P. 80—R. 18—T. 37,5.—Se le extrae la orina por el cateterismo.—Cantidad 850 g.

II. P. 78—R. 18—T. 37,3—Miccion normal —O. 1350 g.

III. Pulso, respiración y temperatura normales—O. 1600 g.

IV. Primera curación—P. 68—R. 16—T. 37,1—O. 1500 g.

VII. Se le sacan los puntos de sutura y se le hace una segunda curación.

XI. La enferma tiene su menstruación por tres días y con dolores insignificantes; el vigésimo noveno día después de operarla sale de alta, con el cuello uterino suficientemente dilatado y con su nueva forma de pico de pato.

V.

Eugenia M.—16 años—argentina—soltera.

Antecedentes hereditarios—sin importancia.

Antecedentes personales—Tuvo coqueluche á los seis años y sarampión á los once.—Menstruó por primera vez á los quince años y medio por 36 horas y con intensos dolores en las regiones ováricas y lumbares y gastralgías acompañadas de repugnancia marcada por los alimentos.—A los 28 días menstruó por segunda vez con los mismos dolores y con la circunstancia de acompañarse de epistaxis.—Posteriormente ha seguido en las mismas condiciones.—Entró al Hospital en Febrero de 1895.

Exámen de la enferma—al tacto—Vajina normal; cuello grande y cónico; orificio externo pequeño y circular.

Exploración bimanual—Útero movible; fondos de saco libres.

Inspección—Cuello cónico y alargado; orificio externo redondeado y oculto por un líquido espeso y transparente.

Cateterismo—Fué necesario previamente dilatar la cavidad del cuello con un tallito fino de laminaria por 24 horas, para poder penetrar el histerómetro aun con dificultad, cuatro centímetros.

A los 14 días de su entrada se opera de la misma manera que en las enfermas anteriores, siguiendo despues de la intervención así:

Día I.—P. 76—R. 16—T 37,3—Micción normal—Cantidad de orina 850 g.

II.—P. 68—R. 15—T. 37.2—O. 1300 g.

III.—P. 68—R. 16—T. 37.2—O. 1400 g.

IV.—Se le hace la primera curación; la limpieza de la cavidad uterina resulta facilísima—P. 62—R. 18—T. 37,3—O. 1600 g.

VI.—Segunda curación—Pulso, respiración y temperatura normales—O. 1350 g.

VII.—Se retiran los puntos de sutura, quedando las dos mucosas bien unidas—El histerómetro penetró sin dificultad cinco y medio centímetros.

VIII.—La enferma tuvo su menstruación abundante y sin experimentar transtornos de ninguna clase.—Sale de alta el vigésimo cuarto día.

Como en la segunda historia, hemos podido seguir la observación de esta enferma hasta el presente; menstrua con regularidad y sin tener los dolores de que tanto antes se quejaba.

R. CABRERA

BIBLIOGRAFÍA

S. Pozzi—Tratado de Ginecología.

Donion—La esterilidad.

De Sinety — Ginecología

Thomas — «

Eustache — «

Martin — «

Sroeder — «

Bernutz y Goupil — «

Hart y Barbour — «

Anales de tocología y ginecología—1893-4.

« del Círculo Médico Argentino—1895.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I.

El exámen de las orinas es con mucha frecuencia de gran significación para el pronóstico de las enfermedades del hígado.

II.

La sutura completa de la vejiga despues de la talla hipogástrica, debe ser el proceder de elección.

III.

Los transtornos digestivos, suelen con alguna frecuencia acarrear, en los primeros años, convulsiones generalizadas.

Buenos Aires, Agosto 29 de 1895.

Sírvanse informar respecto de la admisibilidad de este trabajo, los Señores Académicos Dr. Jacob de Tezanos Pinto, Profesor titular Dr. Samuel Molina y Profesor suplente Enrique Bazterrica.

LEOPOLDO MONTES DE OCA
LUIS M. ACUÑA

Señor Decano:

Esta tésis está de acuerdo con lo prescrito por el reglamento de la Facultad.

J. DE T. PINTO. E. BAZTERRICA
S. MOLINA

Buenos Aires, Setiembre 9 de 1895

En vista del informe que antecede, entréguese al interesado esta tésis para su impresión, debiendo fijarse por Secretaria el día que haya de ser sostenida.

L. MONTES DE OCA
L. M. ACUÑA